

## **Bijlage: Verslag invitational conference**

**Datum** : 16-6-2021

**Tijd** : 15:00 – 17:00

**Locatie** : NVT, digitaal via ZOOM

**Aanwezig** : Agterhof (VRA), Goedhart (VSG), Inklaar (VSG), Spikman (NIP), Ponds (NIP), Weinstein (NVN), Kwakkel (KNGF / VVOCM), van Boven (NVAB), Baarts-Elsinga (EN), Treuren-van Utrecht (EN), Hansma (NHG), van Oosteren (V&VN), Roeland (Stichting Hersenschudding), Offeringa (Zilveren Kruis via ZN), van Bennekom (VRA, voorzitter), Ham (Kennisinstituut), Lamberts (Kennisinstituut), Visser (ZINL), Frankenmolen (NIP), Wijenberg (NIP), van Heugten (NIP),

### **Genodigd maar niet aanwezig:**

NVvP, NFU, IGJ, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, STZ, NAPA, ZKN, Hersenletsel.nl, VIG

---

#### **1. Opening**

Dhr. van Bennekom opent de vergadering om 15:00 uur en heet iedereen van harte welkom. Dhr. van Bennekom geeft aan verheugt te zijn dat er een richtlijn over dit onderwerp ontwikkeld kan worden en hij is blij dat hiervoor subsidie is toegekend. Toon Lamberts en Florian Ham zullen vanuit het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten de ondersteuning bij de ontwikkeling van de richtlijn verzorgen.

#### **2. Kennismaking**

Er wordt een korte kennismakingsronde gemaakt. Alle deelnemers wordt gevraagd zich kort te introduceren en aan te geven namens welke organisatie men deelneemt.

#### **3. Toelichting doel van de bijeenkomst en proces richtlijnontwikkeling:**

Florian Ham verzorgt een presentatie over hoe de bijeenkomst eruit zal zien. Doel van de bijeenkomst is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een complete richtlijn op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Hier zal bepaald worden welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van een multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijn waarin de patiënt centraal staat.

#### **4. Samenstelling werkgroep**

De samenstelling van de werkgroep is als volgt:

- prof. dr. C.A.M van Bennekom (VRA)
- drs. J.M. Schuurman (VRA)
- drs. E. Jagersma (VRA)
- drs. E. Agterhof (VRA)
- drs. R. Grond (VRA)
- prof. dr. J. van der Naalt (NVN)
- dr. P.A.W. Frima-Verhoeven (NVN)
- M.L.M. Wijenberg (NIP)
- Dr. N.L. Frankenmolen (NIP)
- drs. E.A. Goedhart (VSG)
- R.J. de Wolf (Hersenletsel.nl)
- Prof. dr. G. Kwakkel (KNGF)
- Dr. A. Hansma (NHG)
- drs. S. de Lange (NVAB)
- Baars- Elsinga (EN)
- C. Treuren – van Utrecht (EN)

## 5. Raamwerk

### a. Definities

Tijdens de eerste werkgroepvergadering werd al duidelijk dat er discussie is over wat de afbakening van de richtlijn zou moeten zijn. Er zijn namelijk verschillende definities te kiezen.

#### Definitie 1 (definitie zoals opgenomen in de richtlijnaanvraag):

*Licht traumatisch hersenletsel:*

- *aanwijzingen voor traumatisch hersenletsel: harde stoot tegen het hoofd of andere oorzaken van snelle bewegingen of verschuivingen van de hersens in de schedel.*
- *met een of meer van de volgende kenmerken: bewustzijnsverlies <30 min, PTA<24 uur, desoriëntatie/verwardheid (GCS niet lager dan 13 bij onderzoek bij 30 min).*

#### Definitie 2 (licht dichter bij de populatie die wordt gezien in de praktijk):

Het postcommotioneel syndroom:

- neurocognitieve klachten (moeilijkheden op gebied van complexe aandacht, executieve vermogens, het leervermogen, het geheugen, informatieverwerking en sociaal-cognitieve vermogens)
- emotionele klachten: prikkelbaarheid, snel gefrustreerd raken, spanning en angst, affectieve labiliteit
- persoonlijkheidsveranderingen: ontremming, apathie, achterdocht, agressie
- lichamelijke klachten: hoofdpijn, vermoeidheid, slaapstoornissen, duizeligheid of draaierigheid, tinnitus of hyperacusis, fotosensibiliteit, anosmie.

ZINL: In de praktijk zijn er toch ook wel veel patiënten die niet per se de klachten hebben gehad zoals beschreven bij definitie 1, maar die na 3 maanden toch chronische klachten lijken te hebben en vice versa. Definitie 1 is erg gericht op de diagnostiek in de acute fase. Van Bennekom reageert dat dit laatste klopt. De definitie komt uit de NVN-richtlijn LICHT THL in de acute fase. Criteria die vooral gelden zijn dat er impact is geweest op het hoofd en dat er na 3 maanden (nog) klachten zijn.

VSG: Loss of loss of consciousness (bewustzijnsverlies) is wel een erg centraal onderdeel.

Zilveren Kruis via ZN: Er mist nog een termijn in de voorgestelde definities.

Bijlage Verslag invitational conference 16-6-2021

Richtlijn Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel (THL)

Autorisatiefase november 2023

NVN: Het is een ingewikkelde groep, maar met ZINL eens dat mensen met triviale trauma's waar je het in eerste instantie niet van verwacht uiteindelijk toch klachten krijgen. Als je de eerste definitie aanhoudt sla je een grote groep over. Deze patiënten kunnen hun hele leven lang last houden.

ZINL: De beschreven definities zijn met een ander doel opgesteld, met als doel om duidelijk te maken wie er risico heeft om in de acute fase in de problemen te komen. Vraag is of deze definities überhaupt wel geschikt zijn?

NIP: Niet elke subjectieve klacht is terug te redeneren naar de klap op het hoofd.

Stichting hersenschudding: Veel patiënten lopen ertegenaan dat zij later terugkomen met ernstige klachten, juist omdat deze groep soms niet in de acute fase wordt gezien en daarom buiten de boot vallen. Zeker als je criteria zoals bewustzijnsverlies en PTA hard hanteert. Voor de patiënt het meest belangrijk dat er duidelijkheid komt rondom terminologie

NIP: Voorstel voor een pragmatische insteek met stepped-care. Triviale trauma's in de spreekkamer. Overigens heeft de term persoonlijkheidsverandering heeft niet de voorkeur, liever gedragsverandering. Van Bennekom geeft aan dat dit een DSM-V term is, maar binnen de richtlijn kan over gedragsverandering gesproken worden.

NHG: stel iemand heeft een triviaal trauma, licht trauma. Maar je voldoet wel aan de klachten na 3 maanden, dan zou je binnen de richtlijn moeten vallen. Laten we vooral beredeneren vanuit de spreekkamer en de patiënt die je daar ziet.

VSG: Is het hiermee eens. Bewustzijnsverlies wordt bijvoorbeeld maar bij 15% van de sporters gezien, dus je mist wel een hele grote groep.

NIP: Bij bewustzijnsverlies is er niet altijd een afwijking te zien op de scan. Sommige mensen ervaren wel klachten, maar functioneren nog wel goed. Anderen juist niet.

Een derde definitie die wellicht gebruikt kan worden is:



**Definitie licht-traumatisch hersenletsel**

1. Er is sprake van trauma aan het hoofd
2. Eventuele bewustzijnsdaling is niet lager dan een Glasgow coma score van 13
3. Eventuele bewustzijnsdaling is niet langer dan 30 min
4. Eventuele posttraumatisch geheugen verlies is niet langer dan 24 uur.

Bron CBO, 2021

Stichting Hersenschudding: In de acute fase zijn er duidelijke criteria, in de chronische fase zou kunnen zijn dat daar de patiënten moeten komen die vastlopen. Er mist hierin nog de aanwezigheid van visuele/asymptomatische problemen in de definitie.

Van Bennekom: samengevat: breed aan te pakken, met name te focussen op klachten die na 3 maanden nog bestaan. Uitgangspunt wel een letsel als gevolg van klap op het hoofd. De andere criteria die gelden dan voornamelijk voor de richtlijn LICHT THL acute fase (+/- tot 3 maanden).

V&VN: Toch nog wel wat problemen met de term hersensletsel. Wordt toch geassocieerd met blijvende schade. Is licht traumatisch hoofdtrauma niet passender? Het letsel zelf stelt misschien niet zo veel voor, maar de klachten zijn heel zwaar. Trauma aan hoofd en postcommotionele klachten? Het gaat uiteindelijk om de ervaren klachten van de patiënt.

NVAB: Stelt voor om de term licht traumatisch hoofdtrauma aan te houden en dat het belangrijk is om te letten op woorden.

Van Bennekom: We focussen wel op het syndroom, het complex van klachten dat na 3 maanden nog aanwezig is (term is trauma aan het hoofd).

NVN: Het is moeilijk om vast te stellen of er schade is geweest na 3 maanden.

NIP: Stelt voor om aan te sluiten bij de huidige richtlijn, waarin hoofhersensletsel wordt gehanteerd in plaats van hersensletsel.

De werkgroep zal tijdens de tweede werkgroepvergadering begin juli vaststellen welke definitie zal worden gehanteerd. Dit zal worden opgenomen in het raamwerk, welke zal worden rondgestuurd naar de genodigden van de invitational conference.

#### **b. PICO**

Over de P (patiëntpopulatie) is al uitgebreid gesproken. Over de interventies nog niet. Willen we graded exposure (blootstelling per prikkel) vergelijken met hyperexposure (verschillende prikkels tegelijk)? Hoe nemen we cognitieve gedragstherapie mee. Uitgangspunt zal een stepped-care modules zijn waarbij de lichtste vorm van interventies die mogelijk effectief voor de betreffende patiënt zullen zijn worden ingezet. Van belang om te realiseren dat de eerste interventies uit stepped-care hoogstwaarschijnlijk buiten de afbakening van de richtlijn vallen. Deze richtlijn beschrijft namelijk de medisch specialistische revalidatie, waar verschillende interventies binnen het stepped-care model al door de huisarts zullen worden ingezet.

Stichting hersenschudding: Patiënten gaan in de praktijk vaak opzoek naar alternatieve behandelingen, nadat de beschreven interventies zijn geprobeerd.

ZINL: Je moet ook interventies meenemen die eraan voorafgaan met als doel om een stappenplan te maken.

Zilveren Kruis via ZN: Je moet inderdaad kijken naar een stepped-care model.

#### **c. Uitgangsvragen**

UV1: Er wordt gevraagd in hoeverre het na 3 maanden nog zinvol is om te testen. Van Bennekom reageert dat sommige aspecten na 3 maanden nog prima in kaart gebracht kunnen worden. Bedoeling is dat de testen input geven naar de vraag welke behandeling er ingezet zou kunnen worden. Hierin moet niet vergeten worden dat de huisarts ook vaak al (eenvoudige) tests heeft afgenomen om de voortgang te monitoren.

EN: Merkt op dat bij UV1 gesproken wordt over een hersenschudding, dit dient in lijn te zijn met de uiteindelijk gekozen definitie.

NHG: Vraagt zich af welke testen na 3 maanden nog zinvol zijn (vragenlijsten/fysieke testen) voor de huisarts.

NIP: Geeft aan dat stemming belangrijk is, maar is geen goed neuropsychologisch onderzoek beschikbaar voor de huisarts.

ZINL: Het in kaart brengen van participatie van de patiënt mist nog.

VSG: Geeft aan dat de VOMS een gemakkelijke en overzichtelijke vragenlijst is voor de huisarts.

Zilveren Kruis via ZN: Geeft aan dat participatie het grootste probleem is.

UV2: Er wordt nu gesproken over factoren die klachten in standhouden. Zou dit ook de andere kant op geformuleerd kunnen worden? Welke factoren herstel bevorderen? Of beide kanten op als in belemmerende en bevorderende factoren. In de literatuur wordt ook vaak de term prolonged recovery gebruikt, dus vertraagd herstel.

Vanuit het Kennisinstituut wordt aangegeven dat het van belang is focus aan te brengen in deze vraag. Wat ga je met de uitkomst van deze vraag doen? Als je wil weten welke factoren herstel belemmeren zodat je er interventies op kunt zetten zou dat de focus van de vraag moeten zijn.

Stichting hersenschudding: Stelt voor om instandhoudende factoren te vervangen door onbewust instandhoudende factoren.

ZINL: Stelt voor om de term belemmerende factoren te gebruiken.

NIP: Geeft aan dat er in de literatuur wordt gesproken over vertraagd herstel.

Zilveren Kruis via ZN: Stelt voor om bevorderende factoren te gebruiken.

ZINL: Voorstel nieuwe formulering: Welke factoren kunnen herstel belemmeren/bevorderen (beïnvloeden)?

KNGF / VVOCM: Stelt voor om belemmeren/bevorderen achterwege te laten, omdat dit een interpretatie is.

UV3: Zelfde als voor UV1, hier wordt ook gesproken over een hersenschudding, dit dient in lijn te zijn met de uiteindelijk gekozen definitie.

UV4 t/m8: KNGF/VVOCM: Misschien niet teveel vastpinnen op één interventie, maar breed kijken en zien wat er overblijft. Gevaar is dat het aantal zoekresultaten dan explodeert, er zal hoe dan ook een prioritering in de mee te nemen interventies moeten worden aangebracht.

VSG & Stichting Hersenschuddig: Er is al veel onderzoek op dit gebied, bijvoorbeeld de reviews van de *Sport concussion group*, die elke 5 jaar periodieke review uitvoert (<https://bjsm.bmj.com/content/51/11/838>). Het Kennisinstituut geeft aan hier zeker gebruik van te maken, zo nodig worden de reviews voorzien van een update. Verwachting is dat de *Sport concussion*

Bijlage Verslag invitational conference 16-6-2021

Richtlijn Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel (THL)

Autorisatiefase november 2023

group in 2021/2022 met een nieuwe review komt. Kort wordt nog aangestipt dat het belangrijk is om scherp op publication bias en belangenverstremgeling te letten bij dergelijke onderzoeken. Studies bijvoorbeeld gepubliceerd door sportbonden zouden in theorie dergelijke biases kunnen bevatten. Andere groepen die veel reviews over dit onderwerp hebben gepubliceerd zijn de World Health Organization Collaborating Centre Task Force en The International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis.

UV9 richt zich nu op de beïnvloedbare factoren voor de terugkeer naar werk. Wens is om deze vraag te verbreden naar factoren die de thuissituatie beïnvloeden (NHG). De vraag is echter in hoeverre dit al terugkomt in de uitkomstmaten die bij elke interventievraag zullen worden meegenomen. Dit zal verder worden besproken binnen de werkgroep.

NIP: Stelt voor om een lijn te trekken in het stepped-care approach. Daarnaast mis je multidisciplinaire behandelingen als je per domein gaat zoeken in de uitgangsvragen.

NVAB: Vraagt zich af wat het effect is van medische voorgeschiedenis.

UV10 Organisatie van Zorg: De vraag zoals deze er nu staat gaat nog wel erg richting revalidatie, maar dat is gezien de scope van de richtlijn ook niet gek. Vergeet echter niet ook goed stepped-care, SDM en verwijzing richting EN, HA en zelfzorg mee te nemen. Liever niet spreken over triage, maar samen beslissen/doorverwijzen. Daarnaast ligt er nog een logistiek vraagstuk bij doorverwijzing richting de GGZ (NHG). Coen geeft aan dat dit laatste punt niet binnen de PICO valt. Het ZINL geeft aan dat het belangrijk is voor de huisarts om te weten wat hij/zij moet doen.

Wat betreft de literatuur is er al wel onderzoek gedaan, maar dit is gericht op de Amerikaanse situatie (VSG). Stichting hersenschudding stelt voor om ook te kijken naar de Canadese en Deense richtlijn.

Zilveren Kruis via ZN: Geeft aan dat het nog ter discussie ligt of een hersenschudding gelijk wordt gesteld aan postcommotioneel syndroom.

## **6. Rondvraag/knelpunten**

Er wordt aangegeven dat de meeste punten aan de orde zijn gekomen. Eerste twee punten al uitgebreid behandeld. Stichting hersenschudding geeft aan verg verheugt te zijn dat dit onderwerp opgepakt wordt en dat er een richtlijn wordt ontwikkeld.

Als onderwerpen die beslist aan bod moeten komen worden genoemd:

- Een goed netwerk en goede toegang tot het systeem. Dit zal onderdeel worden van de module 'Organisatie van Zorg'.
- Goede aansluiting van richtlijn in de chronische fase op de NVN-richtlijn LICHT THL in de acute fase.
- Stepped-care model waar ook de diagnostiek aan gekoppeld is en welke behandeling dat je daarop zet.
- Het betrekken van psychiatrie.

ZINL: Vraagt zich of de GGZ ook is vertegenwoordigd in de werkgroep (met het oog op cognitieve gedragstherapie). Echter wordt cognitieve gedragstherapie niet alleen door de GGZ uitgevoerd, aldus het NIP.

## **7. Vervolgafspraken**

Bijlage Verslag invitational conference 16-6-2021

Richtlijn Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel (THL)

Autorisatiefase november 2023

Het verslag van deze bijeenkomst worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen dit raamwerk.

Als de conceptringlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de kerngroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

## **8. Sluiting**

Van Bennekom dankt voor de actieve participatie en sluit de bijeenkomst om 17:00 uur.